TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Charles WALTHER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1895

I

TITRES

Interne des hôpitaux
(1880).

Aide d'anatomie de la Faculté
(1881).

Prosecteur des hôpitaux
(1884).

Docteur en médecine
(1885).

Chef de clinique de la Faculté
(1888).

Chirurgien des hôpitaux
(1890).

Membre de la Société clinique.

Membre de la Société anatomique
(vice-président, 1890).

II

LISTE DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1° Epiplocèle sphacelée (*Bulletin de la Société clinique*, 1882, p. 155).

2° Article Testicule, du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (En collaboration avec le professeur Gosselin, 1883).

3° Recherches anatomiques sur les veines du rachis. — Thèse de doctorat, 1885 (*Médaille d'argent de la Faculté*).

4° Note sur une anomalie exceptionnelle de l'artère humérale (*Société anatomique*, 1886, p. 204).

5° Fracture ancienne du coude (*Société anatomique*, 1886, p. 257).

6° Rétraction de l'aponévrose palmaire (*Société anatomique*, 1886, p. 283).

7° Orteil à ressort par déformation osseuse (*Société anatomique*, 1886, p. 403).

8° Brachydactylie (*Société anatomique*, 1886, p. 604).

9° Kyste hydatique sus-prostatique (*Société anatomique*, 1886, p. 749).

10° Kyste hydatique du foie avec prolongement diverticulaire séparé de la cavité principale par un orifice étroit et

en partie oblitéré par une valvule (*Société anatomique*, 1886, p. 750).

11° Luxation ancienne du coude, néarthrose (*Société anatomique*, 1887, p. 141).

12° Anomalie du gros intestin. Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque (*Société anatomique*, 1888, p. 256).

13° De la pleurotomie postérieure. Recherches anatomiques sur le lieu d'élection de l'incision dans l'opération de l'empyème (*Société anatomique*, 1888, p. 259).

14° Rapports et branches des artères intercostales (*Société anatomique*, 1888, p. 351).

15° Hernie inguinale congénitale étranglée, adhérente. Opération. Guérison (*Société anatomique*, 1889, p. 561).

16° Lymphadénome du testicule (*Société anatomique*, 1889, p. 602).

17° Ostéomyélite du maxillaire inférieur (*Société anatomique*, 1889, p. 601).

18° Fistule du sein chez l'homme (*Société anatomique*, 1890, p. 300).

19° Lipome des bourses (*Société anatomique*, 1890, p. 430).

20° Ostéosarcome pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. Amputation de cuisse (Pièce présentée par M. Canniot. *Société anatomique*, 1890, p. 437).

21° Kyste des conduits de Gaertner (*Société anatomique*, 1890, p. 439).

22° Ulcère perforant de l'estomac (Pièce présentée par M. Hélary. *Société anatomique*, 1890, p. 441).

23° Observations de corps fibreux avec inversion de l'utérus. Énucléation et morcellement de la tumeur. Réduction spontanée de l'inversion (Observations, thèse de M. Delteil, Paris, 1890).

24° Greffe thyroïdienne dans un cas de myxœdème (En collaboration avec M. Merklen. *Société médicale des hôpitaux*. Séance du 14 novembre 1890).

25° Kyste séreux multiloculaire du cou (Pièce présentée par M. Hélary. *Société anatomique*, 1890, p. 459).

26° Ulcère perforant de l'estomac, 3e cas (*Société anatomique*, 1890, p. 466).

27° Article Cou, maladies diverses (*Traité de chirurgie*, t. V, 1891).

28° Suture de la rotule, suture ultérieure du tendon rotulien (*Société de chirurgie*, 13 mai 1891).

29° Sur quelques variétés de fractures du bassin (*Société anatomique*, 1891, p. 537).

30° Kyste hydatique de la face supérieure du foie. Incision par la voie transpleurale. Guérison *Société de chirurgie*, 14 octobre 1891).

31° Collaboration à la rédaction de la *Clinique chirurgicale* du professeur Trélat (1891).

32° Spina bifida sacré, opéré quatre heures après la naissance. Guérison (*Société de chirurgie*, 14 octobre 1891).

33° Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde (*Société anatomique*, 1891, p. 561).

34° Fractures du maxillaire supérieur à quatre fragments. Recherches expérimentales sur le mécanisme de ces fractures (*Société anatomique*, 1891, p. 567).

35° Article Bassin (*Traité de chirurgie*, t. VII, 1892).

36° Observations d'ostéomyélite à staphylocoques à marche lente (Thèse de M. Even. Paris, 1892).

37° Sur une forme lente et insidieuse d'infection par le staphylocoque; ostéomyélite et abcès multiples du tissu cellulaire évoluant sans provoquer aucune réaction (*Société anatomique*, 11 mars 1892).

38° Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires (*Société anatomique*, 11 mars 1892).

39° Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen par coup de couteau (*Société de chirurgie*, 16 mars 1892).

40° Hernie de la vessie (Observation, thèse de M. Bourbon. Paris, 1892).

41° Plaie du cerveau et déchirure du sinus caverneux par pénétration d'un bout de parapluie à travers la paroi de

l'orbite (Observation, thèse de M. Fauchon Villeplée. Paris, 1892).

42° Morcellement et énucléation des corps fibreux interstitiels (3 observations, thèse de M. Blaire. Paris, 1892).

43° Des manifestations tardives de l'infection par les staphylocoques. Abcès froids et fongosités (*Société anatomique*, 1892, p. 692).

44° Hystérectomie vaginale pour cancer (Observation, thèse de M. Marty. Paris, 1892).

45° Arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique (Observations, thèse de M. Christen, Paris, 1893).

46° Antéflexion du rein. Néphropexie (*Société de chirurgie*, 15 février 1893).

47° Spina bifida. Guérison constatée dix-huit mois après l'opération (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 193).

48° Epithélioma colloïde du sein (*Société de chirurgie*, 30 janvier 1894).

49° Appendicites dans les hernies (Observations, thèse de M. Sauvage. Paris, 1894).

50° Luxation du coude en arrière. Irréductibilité primitive. Arthrotomie. Guérison (*Société de chirurgie*, 15 mai 1894).

51° Résultats éloignés du traitement du prolapsus utérin par l'élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie (Observations, thèse de M. Guilliou. Paris, 1894).

52° Des lipomes périostiques du fémur d'origine congénitale (*Mercredi médical*, 9 janvier 1895).

53° Six observations d'abcès du foie (*Société de chirurgie*, 16 janvier 1895).

54° Du carcinome colloïde de la mamelle (*Presse médicale*, 2 février 1895).

55° Hernies de la vessie. Mécanisme de la production de la hernie par bascule sans adhérences au contenu du sac (*Société anatomique*, 5 avril 1895).

56° Kyste dermoïde de l'Inion (*Presse médicale*, 6 avril 1895).

57° Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur. Arthrotomie. Suture des condyles. Guérison (*Société de chirurgie*, 17 avril 1895).

58° De la thoracotomie sous-axillaire pour aborder les pleurésies interlobaires et les cavités profondes du lobe supérieur du poumon (*Société anatomique*, 12 avril 1894).

III

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

I. — Anatomie normale et anomalies.

Recherches anatomiques sur les veines du rachis.

(*Thèse de doctorat*, 1885.)
(Médaille d'argent de la Faculté.)

J'ai cherché, dans ce travail, à montrer les points suivants :

Les veines intra-rachidiennes antérieures forment deux plexus d'une disposition régulière dans lesquels une circulation relativement facile est assurée par de nombreuses anatomoses courtes et directes, aboutissant aux veines extra-rachidiennes. Les veines intra-rachidiennes postérieures sont constituées en partie par des veines longitudinales, en partie par des plexus composés de veines enroulées, flexueuses, formant de longs diverticules dans lesquels la circulation se trouve nécessairement ralentie.

La richesse des plexus veineux intra-rachidiens varie suivant les régions; elle semble être au cou en rapport avec l'étendue des mouvements du segment correspondant de la colonne vertébrale.

Au niveau des premières vertèbres cervicales, les plexus antérieurs se confondent avec les plexus postérieurs, et leur distension peut diminuer d'un quart ou d'un tiers la capacité du canal rachidien. Ils ont là une influence considérable sur la circulation générale du crâne et du cou. De plus ils forment un coussin élastique qui protège l'extrémité supérieure de la moelle dans les mouvements de la tête.

Les anastomoses avec les veines extra-rachidiennes forment autour des racines nerveuses et de leurs ganglions, un très

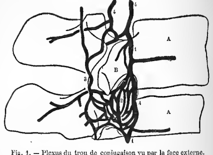


Fig. 1. — Plexus du trou de conjugaison vu par la face externe.

A, Vertèbre lombaire. — B, Apophyse transverse. — 1, Veine lombaire longitudinale. — 2, Plexus du trou de conjugaison. — 3, Arcade anastomotique des veines extra-rachidiennes postérieures. — 4, Anneau veineux externe.

riche plexus de deux réseaux superposés qui matelassent les parois des trous de conjugaison (fig. 1) et protègent les nerfs qui les traversent (fig. 2).

Il existe toujours au niveau des deux premières vertèbres cervicales, deux énormes groupes de veines, situés l'un à droite, l'autre à gauche, dans l'angle externe du canal rachidien; j'ai proposé le nom de *confluents occipito-vertébraux* pour ces volumineux amas de veines qui sont l'origine commune des plexus intra-rachidiens antérieurs et postérieurs, des veines jugulaires postérieures et des veines vertébrales externes et internes.

Le confluent occipito-vertébral est immédiatement appliqué sur la concavité de l'arc de l'atlas qu'il déborde largement en

haut et en bas (fig. 3). Il se sépare en deux groupes de grosses veines qui sortent du canal rachidien, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'atlas ; le groupe supérieur, plus volumineux, donne

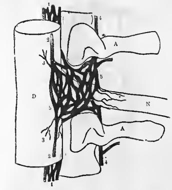


Fig. 2. — Plexus périnerveux vu par sa partie postérieure.

A, Apophyse transverse. — D, Dure-mère. — N, Nerf rachidien. — 1, Plexus longitudinal antérieur. — 2, Veine longitudinale postérieure. — 3, Veinules de la dure-mère. — 4, Veine longitudinale extra-rachidienne. — 5, Plexus entourant la racine rachidienne.

naissance aux jugulaires postérieures et aux vertébrales internes; le groupe inférieur forme d'autres branches d'origine de la jugulaire postérieure et la vertébrale externe.

Quelques branches des plexus longitudinaux antérieurs ne se terminent pas dans le confluent occipito-vertébral. Les unes se jettent dans le plexus basilaire et, par là, dans le sinus occipital ; les autres passent par le trou condylien antérieur pour se terminer dans le plexus décrit par Charles Labbé sous le

nom de sinus condylien, sinus condylien qui communique toujours très largement avec le confluent condylien de Trolard.

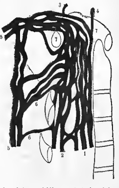


Fig. 3. — Origines intra-rachidiennes de la jugulaire postérieure.

1, Veines intra-rachidiennes antérieures. — 2, Veines intra-rachidiennes postérieures. — 3, Origine des veines vertébrales. — 4, Groupe des veines ascendantes allant sur l'apophyse basilaire et dans le trou condylien antérieur. — 5, Jugulaire postérieure. — 6, 6, Anastomoses échelonnées de la jugulaire postérieure avec les veines intra-rachidiennes. — 7, Grand confluent veineux occipito-vertébral

Le trajet, les rapports de la veine jugulaire postérieure et des veines vertébrales (veines trachéliennes de Breschet) sont partout bien décrits. Il n'en est pas de même de leurs origines, de leur mode de formation.

La jugulaire postérieure est ordinairement formée par la réunion des veines suivantes : 1° veine mastoïdienne ; 2° veine condylienne postérieure ; 3° une ou deux veines occipitales profondes ; 4° les branches plexiformes circulaires du trou occipital ; 5° les grosses branches d'origine qui partent du con-

fluent occipito-vertébral ; 6° des branches qui unissent l'origine de la jugulaire postérieure aux veines vertébrales (fig. 4 et 5).

La veine mastoïdienne, ordinairement assez grêle, unit direc-



Fig. 4. — Jugulaire postérieure. Origines et anastomoses.

1. Jugulaire interne. — 2, Veines vertébrales. — 3, Jugulaire postérieure. — 4, Veine mastoïdienne. — 5, Veine occipitale profonde. — 6, Anastomose de la jugulaire postérieure avec l'origine des vertébrales. — 7, Anastomose avec la jugulaire interne. — 8, Réseau conglomère appliqué contre l'apophyse transverse de l'axis.

tement la jugulaire postérieure au sinus latéral ; mais sa terminaison dans la jugulaire postérieure n'est pas constante. J'ai toujours trouvé, au contraire, la veine condylienne postérieure qui établit aussi une anastomose directe entre le sinus latéral

et la jugulaire postérieure ; souvent cette veine condylienne est très volumineuse, dans un cas elle était plus grosse que la jugulaire interne du même côté.

Enfin la jugulaire postérieure envoie le plus souvent une anastomose directe à la jugulaire interne ; cette anastomose est parfois indirecte et se fait par l'intermédiaire du confluent lui-même ou de l'origine des veines vertébrales.

Au système de la veine jugulaire postérieure appartiennent toutes les veines de la nuque formant quatre plexus superposés, bien décrits par Foucher. Ces plexus sont reliés par de nombreuses anastomoses perpendiculaires, les unes inter-musculaires, les autres intra-musculaires, disposition analogue à celle que mon maître, le professeur Le Dentu, a le premier décrite au membre inférieur.

Les veines vertébrales internes naissent du confluent occipito-vertébral au-dessus de l'atlas ; les vertébrales externes sont formées par deux veines parties du confluent au-dessous de l'atlas et par une branche venue des vertébrales internes. Les veines vertébrales internes reçoivent soit directement, soit indirectement, par l'intermédiaire des vertébrales externes : 1° toutes les veines de la face antérieure de la colonne cervicale, qui forment au devant de l'axis et de la troisième cervicale un véritable réseau congloméré, analogue à celui qui recouvre en arrière les apophyses des mêmes vertèbres et sur lequel M. le professeur Verneuil a attiré l'attention ; 2° toutes les veines postérieures appliquées sur le plan osseux et recouvertes par le transversaire épineux ; 3° les anastomoses directes de la jugulaire postérieure ; 4° les anastomoses des veines intra-rachidiennes, par les plexus des trous de conjugaison (fig. 5).

Ces quatre ordres de branches se retrouvent au niveau de chaque espace intertransversaire, de sorte que nulle part la

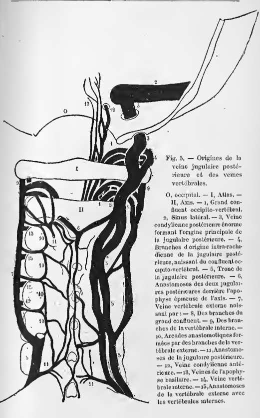


Fig. 5. — Origines de la veine jugulaire postérieure et des veines vertébrales.

O, occipital. — I, Atlas. — II, Axis. — 1, Grand confluent occipito-vertébral. 2, Sinus latéral. — 3, Veine condylienne postérieure énorme formant l'origine principale de la jugulaire postérieure. — 4, Branches d'origine intra-rachidienne de la jugulaire postérieure, naissant du confluent occipito-vertébral. — 5, Tronc de la jugulaire postérieure. — 6, Anastomoses des deux jugulaires postérieures derrière l'apophyse épineuse de l'axis. — 7, Veine vertébrale externe naissant par : — 8, Des branches du grand confluent. — 9, Des branches de la vertébrale interne. — 10, Arcades anastomotiques formées par des branches de la vertébrale externe. — 11, Anastomoses de la jugulaire postérieure. — 12, Veine condylienne antérieure. — 13, Veines de l'apophyse basilaire. — 14, Veine vertébrale interne. — 15, Anastomoses de la vertébrale externe avec les vertébrales internes.

série des arcades anastomotiques n'est interrompue. La veine vertébrale externe représente un grand canal de dérivation qui part des plexus intra-rachidiens et de la vertébrale interne en haut, pour aboutir en bas à la jugulaire postérieure.

Le système des veines cervicales postérieures est presque aussi considérable que celui des veines antérieures, jugulaire interne, jugulaire externe, etc. Les deux systèmes se suppléent du reste réciproquement, et on trouve constamment une sorte d'équilibre entre le volume des veines postérieures et celui des antérieures. De larges anastomoses unissent ces deux systèmes à leur origine et ils forment l'un pour l'autre de véritables canaux de dérivation qui assurent la circulation en retour de la tête et du cou.

Note sur une anomalie exceptionnelle de l'artère humérale.

(*Société anatomique*, 1886, p. 204.)

L'artère humérale, normale jusqu'au pli du coude, au lieu de se bifurquer en ce point, descendait un peu obliquement en dehors, s'engageait sous le rond pronateur et se divisait à 5 centimètres et demi au-dessous de l'interligne par trifurcation en radiale, cubitale et interosseuse.

Je n'ai pu trouver qu'un seul autre cas de cette anomalie, cas observé par MM. Morel et Duval.

A côté des types classiques d'anomalies de l'humérale, tous caractérisés par une bifurcation prématurée de l'artère, il convient d'admettre, par conséquent, une anomalie d'un ordre tout opposé, *par division tardive*. Cette division tardive de

l'humérale entraîne, comme conséquence naturelle, une inversion des rapports de l'artère radiale, qui se trouve cachée sous

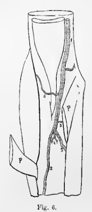


Fig. 6.

P, Muscle rond pronateur. — 1, Artère humérale. — 2, Artère radiale. — 3, Artère cubitale. — 4, Artère interosseuse. — 5, Artère récurrente cubitale. — 6, Artère récurrente radiale naissant directement de l'humérale.

le rond pronateur, fait important à connaître au point de vue chirurgical.

Brachydactylie.

(*Société anatomique*, 1886, p. 604.)

Cette pièce représente une des variétés les plus rares de la brachydactylie : ankylose des segments du squelette des doigts.

Mercier en a rapporté un cas en 1838. M. Derode en signalait, en 1888, trois autres. Mais il ne s'agit, dans toutes ces descriptions, que d'observations cliniques.

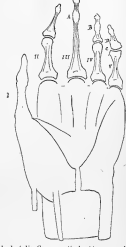


Fig. 7. — *Brachydactylie*. Coupe verticale et transversale des phalanges.

1, Pouce normal. — II, Index formé de deux pièces osseuses. — III, Médius. Une seule pièce, avec traces très nettes de soudure en A. — IV, Annulaire. Deux pièces ; sur la seconde, trace de soudure en B. — V, Auriculaire. Deux pièces ; renversement des surfaces articulaires en C ; soudure probable de deux pièces primitives en D.

Voici le résumé des lésions constatées par l'examen anatomique, et qui ne portaient que sur la main gauche : pouce normal, suivant la règle en pareil cas ; index, annulaire, auri-

culaire formés par deux pièces osseuses, la supérieure étant nettement la première phalange, l'inférieure formée par la soudure de la phalangine et de la phalangette, comme l'ont prouvé des coupes verticales et transversales ; médius constitué par une seule pièce résultant de la soudure des trois phalanges.

Anomalie du gros intestin. — Développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque.

(*Société anatomique*, 1888, p. 256.)

Sur le même sujet : 1° longueur exceptionnelle du cœcum qui descend, complètement entouré de péritoine, jusque dans la cavité du petit bassin entre la vessie et le rectum ; 2° développement exagéré de la dernière portion de l'S iliaque; 70 centimètres de la portion fixe de l'S iliaque à l'origine du rectum. Ce fait n'est que l'exagération de la disposition normale de cette portion de l'intestin aujourd'hui décrite sous le nom de côlon pelvien.

Rapports et branches des artères intercostales.

(*Société anatomique*, 1888, p. 351.)

Série de pièces destinées à montrer les rapports de l'artère intercostale à la partie postérieure du huitième espace. Elle occupe le milieu de l'espace et ne saurait être blessée par une incision longeant le bord supérieur de la neuvième côte. Elle n'émet que des rameaux descendants très grêles.

II. — Anatomie pathologique et recherches expérimentales.

Fracture ancienne du coude.

(*Société anatomique*, 1886, p. 257.)

Le défaut de consolidation des fractures du condyle est chose fréquente et semble tenir à la difficulté de l'immobilisation du fragment entraîné par le radius dans ses moindres déplacements. J'en ai trouvé dans les auteurs cinq observations cliniques et trois observations anatomiques. La consolidation des fractures de la trochlée semble être, au contraire, la règle et se fait parfois avec un cal exubérant.

La pièce que j'ai présentée à la Société anatomique réunit les types de ces deux fractures, pseudarthrose du fragment externe, consolidation du fragment interne :

Fracture en Y de l'extrémité inférieure de l'humérus. Le fragment interne, comprenant l'épitrochlée et la trochlée, était régulièrement consolidé ; le fragment externe (condyle et épicondyle) était uni au fragment moyen par une pseudarthrose complète avec fibro-cartilage d'encroûtement ; l'existence de cette nouvelle articulation rendait faciles et réguliers les mouvements de l'avant-bras sur le bras.

Fractures du maxillaire supérieur à quatre fragments. — Recherches expérimentales sur le mécanisme de ces fractures.

(*Société anatomique*, 1891, p. 590.)

J'ai observé, en 1890, à l'hospice d'Ivry, un exemple de cette très rare variété de fracture, caractérisée par les lésions suivantes :

1° Tout le massif maxillaire supérieur, y compris les apophyses ptérygoïdes, détaché par une fracture horizontale ; 2° les deux moitiés de ce massif séparées par une large fissure

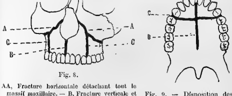


Fig. 8.

AA, Fracture horizontale détachant tout le massif maxillaire. — B, Fracture verticale et antéro-postérieure séparant les deux maxillaires. — CC, Fractures verticales et transversales divisant chacun des fragments latéraux en deux fragments secondaires.

Fig. 9. — Disposition des fractures B et C de la figure précédente à la voûte palatine.

médiane verticale ; 3° chacun des fragments ainsi constitué, divisé lui-même en deux fragments secondaires par une fracture verticale et transversale.

L'intérêt de cette observation, à part son extrême rareté, est dans l'étude du mécanisme complexe qui résume tous les modes de production des fractures ordinaires des maxillaires supérieurs. Dans des expériences répétées sur plusieurs sujets, j'ai pu reproduire ce type de fracture multiple dans les conditions

suivantes : choc violent et répété, dirigé obliquement de haut en bas et d'avant en arrière et appliqué sur la racine du nez, le menton étant solidement appuyé sur un billot soutenu par un aide. Au premier coup de maillet, on constate que la voûte palatine a été longitudinalement divisée et que les deux maxillaires ont été brisés par un trait qui détache sur chacun d'eux un fragment antérieur plus ou moins large. Un second coup de maillet achève de détacher les fragments postérieurs de leurs connexions supérieures. Ainsi est représentée la fracture à quatre fragments mobiles.

Le blessé que j'ai observé avait, en déchargeant une voiture, reçu sur la racine du nez le bord tranchant du fond d'un tonneau d'acide sulfurique. Le mécanisme semble donc identique à celui qui est mis en lumière par l'expérimentation. Le point d'appui au menton a été fourni par le sternum lorsque la face a été violemment projetée en bas par le choc ; ainsi les dents de la mâchoire inférieure ont pu s'enfoncer entre les dents supérieures pour faire éclater en deux moitiés le massif maxillaire, pendant que le choc antéro-postérieur produisait la fracture horizontale et les fractures transversales.

Sur quelques variétés de fractures du bassin.

(*Société anatomique*, 1891, p. 537.)

1° Sur une série de pièces de fractures anciennes, consolidées, de l'aile iliaque, montrant les diverses variétés de ces fractures, j'ai constaté que le trait de fracture part, presque toujours, de l'échancrure qui sépare les deux épines iliaques antérieures et aboutit plus ou moins loin sur la crête iliaque; de là plusieurs degrés : *a*, simple détachement de l'épine

iliaque supérieure et de la portion voisine de la crête ; *b*, fracture comprenant toute la partie antérieure de l'aile iliaque jusqu'au tubercule moyen de la crête ; *c*, fracture horizontale



Fig. 10. — Fracture du bassin d'un type exceptionnel.

1° Fracture de la branche ischio-pubienne parallèlement à son axe. — 2° Fracture horizontale allant de l'épine iliaque antérieure et inférieure à la grande échancrure sciatique.

aboutissant directement à l'épine iliaque postérieure et supérieure ; dans ce dernier cas, le fragment est toujours divisé en deux parties par un trait vertical ou peu oblique.

Malgaigne range toutes ces variétés dans les fractures de

la crête iliaque. Du Verney avait très justement décrit la dernière variété sous le nom de « fracture en travers de l'os des îles. » C'est bien là, en effet, une fracture transversale de l'aile iliaque.

Dans tous ces cas, le fragment chevauchait parfois en dedans, le plus souvent en dehors ; mais toujours il avait subi un mou-

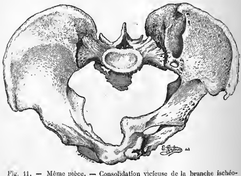


Fig. 11. — Même pièce. — Consolidation vicieuse de la branche ischéo-pubienne avec saillie considérable du fragment moyen dans la cavité pelvienne. Raccourcissement de l'aile iliaque.

vement de bascule en avant et en bas ; il en résultait un abaissement plus ou moins prononcé de l'épine iliaque antérieure et supérieure, fait important à connaître en clinique et qui paraît être très fréquent, car Hamilton dit aussi l'avoir presque toujours rencontré.

A côté de ces fractures il faut ranger les cas dans lesquels la crête iliaque à sa partie moyenne est simplement écornée par une violence dont le point d'application est très limité ;

2° Pièce de fracture double consolidée d'un type exception-

nel (fig. 10 et 11); je n'ai pu en trouver un seul autre exemple : fracture antérieure divisant la branche ischio-pubienne parallèlement à son axe; fracture postérieure allant presque horizontalement de l'épine iliaque antérieure et inférieure à la grande échancrure sciatique. La lésion résultait d'une chute sur le siège, comme me l'ont prouvé la disposition du fragment moyen et la coexistence d'une fracture transversale de l'extrémité du sacrum.

Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde.

(*Société anatomique*, 1891, p. 561.)

A côté des trois types classiques de fractures de la cavité cotyloïde (1° fracture du sourcil cotyloïdien; 2° fracture par enfoncement et pénétration de la tête du fémur dans le bassin ; 3° fracture verticale ou trait d'irradiation passant par la cavité cotyloïde), j'ai décrit une variété particulière consistant en une fissure horizontale ou plutôt oblique en bas et en avant. Cette fracture part de la grande échancrure sciatique, traverse le cotyle et reparaît, à une hauteur variable, sur la branche ischio-pubienne; c'est donc une séparation de l'ischion tout entier avec la partie inférieure de la cavité cotyloïde (fig. 12). Je n'ai pu en trouver aucune mention dans les auteurs et, cependant, il est très facile de la produire expérimentalement, toujours avec les mêmes caractères.

Elle résulte d'un choc obliquement appliqué de bas en haut et de dehors en dedans sur l'ischion, ou, ce qui revient au même, d'une chute sur l'ischion, légèrement incliné en dedans. Quelquefois, au trait horizontal s'ajoute un éclatement de la partie supérieure de la cavité cotyloïde, de sorte que l'os iliaque

est séparé en trois fragments correspondant à ses segments primitifs (fig. 13). Cette dernière disposition a été observée par Cooper, Sanson, Hamilton, Hoffa. Il est probable que dans tous

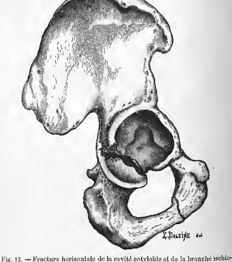


Fig. 12. — Fracture horizontale de la cavité cotyloïde et de la branche ischio-pubienne par choc sur l'ischion.

ces cas, il s'agissait bien de la même variété de fracture, produite par le même mécanisme, mais on ne saurait l'affirmer en l'absence de tout renseignement précis.

Les signes par lesquels peut se révéler la fracture transver-

sale du cotyle sont : 1° la constatation d'une fracture de la branche ischio-pubienne; 2° la mobilité de l'ischion (sur laquelle il ne faut guère compter, car on ne la rencontre jamais dans les fractures expérimentales, même après un traumatisme considérable) ; 3° la saillie d'un trait de fracture ou la douleur à la pression appréciables par le toucher rectal ; 4° la douleur



Fig. 13. — Même fracture avec trait d'irradiation à la partie supérieure de la cavité cotyloïde.

réveillée par la pression sur le grand trochanter, par le refoulement de la tête sur la fissure cotyloïdienne. Dans un cas que j'ai pu observer, en 1891, à l'Hôtel-Dieu, le toucher rectal ne fournissait aucun renseignement, le malade étant en plein délire alcoolique ; la fracture de la branche ischio-pubienne et la raideur ultérieure de la hanche furent les seuls signes qui me permirent d'affirmer le diagnostic.

Fractures du bassin.

(Article Bassin, *Traité de chirurgie*, t. VII, p. 364.)

J'ai essayé de grouper d'une façon méthodique les différentes variétés de fractures du bassin d'après le mécanisme établi par l'expérimentation et par l'étude d'un grand nombre de pièces pathologiques.

Les fractures du pubis, d'ordinaire décrites comme fractures isolées au même titre que celles de l'ischion, du sacrum, de l'aile iliaque, doivent être rattachées aux fractures du bassin proprement dites, c'est-à-dire aux fractures qui atteignent le bassin dans sa portion centrale, essentielle, la ceinture pelvienne.

A. Un choc, une pression agissant d'avant en arrière produit les diverses variétés bien connues de fractures du pubis; il est généralement admis d'après une observation unique de Foucher, citée par Voillemier, que l'aile du sacrum peut être secondairement arrachée par les ligaments sacro-iliaques; je n'ai jamais pu, dans un grand nombre d'expériences, reproduire cet arrachement de l'aile du sacrum; c'est toujours la symphyse sacro-iliaque qui cède; parfois le ligament interosseux entraîne une très mince lame de sa surface d'insertion au sacrum, mais l'aile sacrée n'est jamais brisée. Il paraît donc nécessaire pour expliquer cette fracture d'invoquer l'intervention d'autres facteurs, direction différente du traumatisme, pressions postérieures, etc.

B. Les effets d'une pression appliquée sur la partie postérieure du bassin soutenu en avant sont analogues aux précédents : fractures du pubis, disjonction des symphyses sacro-iliaques, puis fractures directes du sacrum ou de la partie postérieure de l'os iliaque.

Un choc violent sur la région sacrée, le bassin n'étant pas soutenu en avant, produit non seulement des fractures directes

du sacrum ou de la partie postérieure de l'os iliaque, mais le plus souvent aussi une fracture des deux branches pubiennes; fait établi par les expériences de MM. Féré et Perruchet, et que j'ai vérifié aussi expérimentalement.

C. Les pressions agissant suivant le diamètre transversal du bassin produisent le plus souvent une double fracture verticale, quelquefois une fracture du pubis, avec disjonction de la symphyse sacro-iliaque, exceptionnellement une fracture isolée du pubis comme l'ont déjà montré les expériences de M. Schwartz.

D. Les chutes sur le siège déterminent une double fracture verticale et la fracture postérieure porte presque toujours sur le sacrum, rarement sur l'os iliaque. Il est difficile d'adopter exclusivement comme mécanisme soit l'arrachement du sacrum après fracture de la branche ischio-pubienne, invoqué par Voillemier, soit la fracture primitive, en son point le plus faible, du sacrum, qui reçoit la poussée verticale de tout le poids du corps, théorie que M. Féré a appuyée sur de nombreuses expériences.

Pour la description anatomo-pathologique, les fractures multiples du bassin peuvent être ramenées à un certain nombre de types primordiaux dont on retrouve les éléments dans les lésions les plus complexes.

Toute fracture verticale divisant le détroit supérieur s'accompagne, en règle générale, soit d'une seconde fracture verticale, soit d'une disjonction d'une ou de deux symphyses. Les deux fractures verticales peuvent occuper l'arc antérieur du bassin, très rarement correspondre exactement à son diamètre transversal; le plus souvent à une fracture verticale antérieure est associée, soit une disjonction de la symphyse sacro-iliaque correspondante, soit une fracture de la partie postérieure de l'ilion, soit plutôt une fracture du sacrum (type de Voillemier).

A des degrés plus avancés correspondent les types de frac-

tures multiples à trois traits verticaux, puis à quatre traits, souvent alors symétriques (cas de M. Panas). Les lésions peuvent être encore plus multiples et j'ai observé pendant mon internat

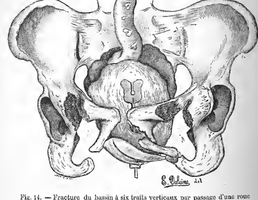


Fig. 14. — Fracture du bassin à six traits verticaux par passage d'une roue de voiture (enfant de huit ans).

1° Décollements épiphysaires isolant la symphyse pubienne qui est enfoncée sur le col de la vessie. — 2° Fractures verticales des branches pubiennes (fractures des branches ilio-pubiennes. Décollements épiphysaires des branches ischio-pubiennes). — 3° Disjonction des symphyses sacro-iliaques.

dans le service de M. le professeur Lannelongue, un type de fracture à six traits verticaux absolument symétriques, dont quatre constitués par des fractures ou des décollements épiphysaires et deux par la disjonction des symphyses sacro-iliaques (fig. 14).

Luxation ancienne du coude; néarthrose.

(*Société anatomique*, 1887, p. 141.)

Bien que la luxation fût très ancienne, comme le démontrait l'existence de grosses travées osseuses développées à la partie inférieure de l'humérus, la grande cavité sigmoïde du cubitus, en partie comblée par du tissu fibreux, avait conservé sa forme et ses dimensions.

Ostéo-sarcome pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. — Amputation de la cuisse. — Guérison.

(Pièce présentée par M. Cannot, *Société anatomique*, 1890, p. 437.)

Cette observation présente un point intéressant : l'envahissement du ligament croisé antérieur, l'articulation paraissant intacte. Par les ligaments croisés peut donc se faire la propagation directe au fémur, comme cela se voit aussi pour les sarcomes du bassin se propageant par le ligament rond de l'articulation de la hanche.

Kyste hydatique sus-prostatique.

(*Société anatomique*, 1886, p. 719.)

Kyste de petit volume siégeant au-dessus de la prostate dans un dédoublement de l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers. Ce fait montre bien nettement le point de départ des kystes rétro-vésicaux. Les recherches de M. Tuffier (congrès de chirurgie 1891), l'ont conduit aussi à admettre que c'est presque toujours en ce point que naissent ces kystes.

Kyste hydatique du foie avec prolongement diverticulaire séparé de la cavité principale par un orifice étroit et en partie oblitéré par une valvule.

(*Société anatomique*, 1886, p. 751.)

Cette pièce montre une cause possible de récidive après l'incision du kyste.

Lipome des bourses.

(*Société anatomique*, 1890, p. 430.)

Je signale, seulement à cause de son extrême rareté, une observation de lipome sous-cutané encapsulé de la partie postérieure des bourses.

III. — Pathologie et clinique chirurgicales.

Testicule. Anomalies-Maladies. — *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* (En collaboration avec le professeur Gosselin), 1883.

Cliniques de Trélat (1891). — Rédaction des cliniques suivantes : Ostéosarcomes — Synovites tuberculeuses — Diagnostic et traitement des adénites tuberculeuses — Angiome du front — Adéno-sarcome du palais — Exostoses sous-unguéales du gros orteil — Lymphadénome du testicule.

Maladies du cou (*Traité de chirurgie*, t. V, 1891). — Contusions — Plaies — Phlegmons et Abcès — Adénites — Maladies des muscles — Torticolis — Cicatrices vicieuses — Anévrysmes — Tumeurs.

Maladies du bassin (*Traité de chirurgie*, t. VII, 1892). — Plaies — Fractures — Luxations — Ostéites — Tumeurs des os — Arthrites, sacro-coxalgie — Psoïtis — Phlegmon iliaque — Adénites iliaques — Tumeurs de l'excavation pelvienne — Anévrysmes — Dépressions et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne — Tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.

Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne.

(*Société médicale des hôpitaux*, 14 novembre 1890.)

(En collaboration avec M. Merklen.)

Bircher et Kocher ont essayé contre le myxœdème opératoire la transplantation de fragments sains de corps thyroïde, provenant d'un goitre extirpé (Samml. Klin. Vortz, 5 mars 1890). M. le professeur Lannelongue et M. Legroux, dans un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique, ont greffé sous la peau du thorax un lobe de corps thyroïde de mouton (*Société de biologie*, 8 mars 1890).

La greffe thyroïdienne du mouton à l'homme a été faite dans le myxœdème des adultes, par MM. Bettencourt et Serrano (Congrès de Limoges, août 1890). C'est également dans un cas de cette affection que j'ai pratiqué, le 3 septembre 1890, la greffe du corps thyroïde d'un mouton chez une femme de 41 ans, dans le service de M. Merklen, à l'hôpital Saint-Antoine. J'ai suivi exactement la technique indiquée par mon maître, M. Lannelongue.

Les métrorrhagies, continuelles depuis plusieurs mois, cessèrent trois jours après l'opération. Lorsque la malade fut présentée par M. Merklen à la Société médicale des hôpitaux, soixante-douze jours plus tard, ces métrorrhagies n'avaient point reparu. La bouffissure de la face avait un peu diminué, les masses pseudo-lipomateuses sus-claviculaires s'étaient sensiblement affaissées. Les troubles fonctionnels surtout, avaient diminué : la parole, qui était traînante et embarrassée, était devenue nette et la malade marchait facilement et assez vite, alors que quelques semaines auparavant, il lui fallait un quart d'heure pour faire le tour de la salle.

Mais la malade avait à plusieurs reprises été dans une situation aussi satisfaisante, quand les métrorrhagies se suspendaient. Le traitement a donc eu ce seul résultat certain de faire cesser les pertes, et cela est d'autant plus intéressant que le même bénéfice a été obtenu dans le cas de MM. Bettencourt et Serrano.

Horsley, Albertoni et Tizzoni ont montré, avec des interprétations différentes, le rôle important du corps thyroïde dans l'hématopoïèse. Chez notre malade, l'examen du sang pratiqué par M. Luzet a donné les résultats suivants : le nombre des globules rouges s'est élevé de 2 235 100 à 3 103 100 ; la richesse globulaire de 1 175 000 à 1 725 000 ; la valeur globulaire de 0,50 à 0,55. Avant l'opération le sang était fibrineux, fait signalé par M. Hayem dans les maladies hémorragipares; cette particularité est d'autant plus caractéristique qu'il n'y avait pas d'augmentation des globules blancs.

Enfin la quantité d'urée s'est élevée de 2 à 5 grammes.

En résumé, l'opération a eu pour résultats immédiats : la cessation des hémorragies, la diminution de l'anémie, l'amélioration de l'état général.

Mais peu de temps après, la malade a perdu en grande partie le bénéfice de l'opération. A mesure que se résorbait la greffe thyroïdienne, qui a fini par disparaître, les métrorrhagies reparaissaient, très modérées d'ailleurs et moins débilitantes que par le passé. Les injections sous-cutanées de liquide thyroïdien, essayées par M. Merklen, n'ont point donné de résultats. La malade, restée dans le service de M. Merklen, était dans un état à peu près stationnaire, avec moins de métrorrhagies et un peu moins d'infiltration myxœdémateuse. Puis peu à peu les accidents reparurent, la cachexie myxœdémateuse augmenta et la mort survint en 1894.

Formes atténuées de l'ostéomyélite

(Observations, thèse de M. Even.)

Observations d'ostéomyélites à évolution très lente (deux ans dans un cas, cinq ans dans l'autre) et d'un diagnostic assez difficile. Dans ces deux cas, le foyer central contenait du staphylocoque doré.

Sur une forme lente et insidieuse d'infection par le staphylococcus pyogenes aureus. Ostéomyélite et abcès multiples du tissu cellulaire évoluant sans provoquer aucune réaction.

(*Société anatomique*, 1892, p. 206.)

Observation d'une jeune fille de quinze ans et demi atteinte d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure de l'humérus droit; l'affection avait évolué si lentement que, depuis un an, la malade était soignée à l'Hôtel-Dieu, dans un service de médecine pour une contracture hystérique du brachial antérieur.

Le pus évacué par la trépanation contenait du *staphylococcus pyogenes aureus*, comme l'a montré l'examen fait par mon ami M. Netter.

Six mois plus tard, j'ouvris deux abcès, très petits, du volume d'une noisette, profondément situés l'un au devant du thorax, l'autre sous le bord postérieur du deltoïde et qui avaient mis aussi un an environ à se développer, sans aucune réaction douloureuse. Le pus de ces abcès visqueux, glutineux, contenait cette fois du *staphylococcus citreus*. La paroi des abcès était absolument semblable à celle des abcès froids avec une

coque fibreuse lisse après le curettage, épaisse de deux millimètres environ.

Le début de l'infection remontait à quatre ans. A cette époque, l'enfant, alors âgée de onze ans, avait eu un phlegmon du pied gauche avec lymphangite de la jambe ; quelques mois plus tard, une ostéomyélite du cinquième métacarpien de la main gauche, suivie de l'expulsion d'un petit séquestre.

Cette observation montre donc les phases successives d'une infection à staphylocoques dont la virulence s'atténue progressivement jusqu'à aboutir à la production de véritables abcès froids, présentant tous les caractères cliniques et anatomiques macroscopiques de l'abcès froid tuberculeux.

Des manifestations tardives de l'infection par les staphylocoques. — Abcès froids et fongosités.

(*Société anatomique*, 1892, p. 692.)

Il s'agit ici d'un degré encore plus avancé, d'une manifestation encore plus atténuée de l'infection par le staphylocoque. C'est toujours chez la même malade que je l'ai observée neuf mois plus tard.

C'était cette fois une petite tumeur dure, siégeant contre la face externe du fémur gauche au-dessus du condyle externe, entre la saillie de la face externe du triceps et le tendon du biceps. Dure, immobile sur l'os, elle simulait absolument une exostose.

L'opération montra que la tumeur accolée au fémur était formée par une masse fibreuse dure. A l'incision de cette coque fibreuse, dont la paroi présentait sept millimètres d'épaisseur, s'échappa une petite masse de fongosités, d'un gris jaunâtre,

d'aspect myxomateux qui étaient libres dans la cavité et n'adhéraient qu'à un point très limité de la paroi par une sorte de pédicule. Elles étaient humectées d'un liquide filant, visqueux, légèrement opalescent, mais il n'y avait pas de véritable collection liquide dans la cavité.

Les cultures pratiquées par M. Netter ont donné des colonies de staphylocoque blanc et de staphylocoque doré.

D'autre part, l'examen histologique des fongosités fait par M. Pilliet, a montré que leur structure était analogue « à celle des bourgeons charnus en pleine suppuration. La nature filante du liquide semble devoir être attribuée à la liquéfaction des éléments anatomiques. »

Le foyer microbien ne provoque donc plus ici une suppuration, un abcès; il produit une petite masse de fongosités et détermine la néoformation à sa périphérie d'un tissu fibreux très épais qui constitue une véritable tumeur solide.

Arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique.

(Observations, thèse de M. Christen, 1893.)

Dans les formes graves de l'arthrite blennorrhagique, lorsque les phénomènes inflammatoires et la douleur ne cèdent pas rapidement à une immobilisation complète, l'arthrotomie avec lavage de l'articulation est le meilleur moyen d'arrêter l'évolution de l'arthrite et de prévenir les désordres consécutifs aux lésions de la synoviale et des cartilages d'encroûtement.

Ces lésions peuvent être très précoces. Dans un cas, l'arthrotomie pratiquée au dixième jour, m'a permis de constater des érosions déjà très étendues des cartilages articulaires.

Le résultat immédiat de l'arthrotomie est la disparition de

la douleur et des accidents inflammatoires. Le résultat thérapeutique définitif, le rétablissement complet des mouvements et en même temps la solidité de l'articulation dépendent, bien entendu, du degré des lésions destructives, par conséquent, du moment de l'intervention.

Kyste dermoïde de l'inion.

(*Presse médicale*, 6 avril 1895.)

Les kystes dermoïdes de l'inion sont rares. MM. Lannelongue et Ménard, dans leur *Traité des affections congénitales*, n'ont pu en réunir que sept cas, dont six de kystes intracraniens et un douteux de kyste extracranien.

Mon maître M. Lannelongue a appliqué la théorie de l'enclavement à la pathogénie des kystes dermoïdes intracraniens de l'inion. Il établit la preuve de cette théorie sur l'examen minutieux d'une pièce qui présentait la disposition caractéristique suivante : tractus fibreux partant de la paroi du kyste intracranien et se perdant dans l'épaisseur même de l'occipital ; autre tractus correspondant, étendu de l'occipital à la face profonde de la peau.

Chez un homme de trente-quatre ans que j'ai observé en 1893, et que j'ai opéré dans le service de mon maître M. le professeur Tillaux, il existait à la fois deux poches dermoïdes l'une intracranienne, l'autre extracranienne, réunies l'une à l'autre par un canal intermédiaire traversant l'occipital au niveau de l'inion ; en d'autres termes un kyste dermoïde étranglé en son milieu en forme de bissac par le développement de l'occipital.

La tumeur extérieure, prise pour un kyste sébacé, avait été incomplètement extirpée en 1888. Après désunion de la suture

et écoulement de matière sébacée, une fistule avait persisté qui conduisait dans la poche intracranienne. Celle-ci infectée consécutivement, se vidait incomplètement par la fistule trop étroite et la rétention provoquait des accidents cérébraux, vertiges, fourmillements, amnésie, etc.

Après une assez large résection de l'occipital autour de l'orifice fistuleux, la poche dermoïde intracranienne fut ouverte, elle contenait de la matière sébacée mélangée de pus et un drain de 16 centimètres de long sur 11 millimètres de diamètre. Ce drain était dans la poche depuis quatre ans, très probablement, d'après les renseignements fournis par le malade.

La fusion intime de la très mince paroi dermoïde avec la dure-mère au niveau de la tente du cervelet ne permit pas l'extirpation complète de la poche. Le malade guérit avec un cul-de-sac dermoïde largement ouvert et adhérent à l'orifice osseux.

Ce fait est je crois unique ; je n'ai pu trouver aucune mention d'un cas analogue de kyste de l'inion à la fois intra et extracranien. Il apporte une confirmation irréfutable à la théorie de l'enclavement pour expliquer la pathogénie des dermoïdes intracraniens.

Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires.

(*Société anatomique*, 11 mars 1892.)

Les canaliculites chroniques des glandes salivaires succèdent à une infection buccale. Il en résulte une dilatation du canal excréteur et de son orifice. L'affection est caractérisée par

l'écoulement de pus par l'orifice lorsqu'on presse sur le canal; elle se complique de fréquentes poussées inflammatoires plus ou moins aiguës dans la glande elle-même.

On constate parfois l'infiltration de gaz, la pénétration de l'air dans le canal, accident facile à reconnaître par la crépitation gazeuse que détermine la pression. A une période plus avancée, l'air pénètre jusque dans les premiers lobules de la glande; enfin il peut infiltrer la glande entière, que le malade insuffle à volonté.

L'étiologie, dans tous ces cas, est bien différente des causes mécaniques qui produisent un résultat analogue chez les ouvriers verriers, fait déjà signalé par mon maître, M. le professeur Tillaux, et étudié récemment par M. Regnault.

L'infiltration gazeuse dans les canaliculites chroniques semble n'être pas très rare; j'ai pu en observer quatre cas en trois ans : une fois dans le canal de Wharton (avec calcul), une fois dans le canal de Sténon, une fois dans le canal de Sténon et la partie moyenne de la parotide, une fois dans la parotide tout entière d'un côté et dans une portion de la parotide opposée, cas absolument analogue à celui qui fut présenté en 1856 à la Société de chirurgie par Demarquay.

Épithélioma colloïde du sein.

(*Société de chirurgie*, 30 janvier 1894.)

Du carcinome colloïde du sein.

(*Presse médicale*, 2 février 1895.)

Le cancer colloïde du sein peut présenter certains caractères cliniques importants :

1° Multiplicité des tumeurs, des masses colloïdes très nombreuses et indépendantes les unes des autres;

2° Translucidité des tumeurs, non seulement des petites granulations colloïdes superficielles, mais même des masses profondes, comme on peut s'en assurer par l'examen à la lumière;

3° Mobilité des tumeurs. Chez la malade que j'ai présentée à la Société de chirurgie, les tumeurs multiples, résultant d'une troisième récidive, étaient mobiles sous la peau, mobiles sur les plans profonds. Cette mobilité persiste alors même que les téguments amincis ne forment plus qu'une mince pellicule à la surface de la masse colloïde;

4° Caractères particuliers de l'ulcération : bords nets, comme coupés à l'instrument tranchant, fond sec mettant à nu la substance colloïde d'un jaune rosé, saignant quelquefois, sans tendance à la suppuration, ne ressemblant en rien à l'ulcération du cancer ordinaire;

5° Lenteur de l'évolution.

Cette lenteur de la marche du cancer colloïde a déjà été signalée notamment par Simmonds, par Brindejonc, par Monod et Jayle. Les autres caractères cliniques que j'ai observés n'ont pas, je crois, été signalés.

De la pleurotomie postérieure. — Recherches anatomiques sur le lieu d'élection de l'incision dans l'opération de l'empyème.

(*Société anatomique*, 1888, p. 259.)

Ces recherches ont porté sur trente sujets des deux sexes, tous adultes ou vieillards; les conclusions ne sauraient donc en aucune façon en être appliquées aux enfants. J'ai cherché

à déterminer le point déclive de la cavité pleurale, dans le décubitus dorsal, le sujet placé autant que possible dans la position du malade couché dans son lit, seule position acceptable en pratique pour obtenir une *évacuation permanente* des liquides contenus dans la plèvre ; les autres positions ne pouvant être supportées longtemps n'assureraient qu'une évacuation intermittente.

Le sujet étant ainsi placé, l'examen de la cavité pleurale, après ablation du poumon, met en évidence l'*insuffisance de toute incision qui n'atteint pas le fond de la gouttière costo-vertébrale.*

Par contre, toute incision atteignant cette gouttière postérieure permet une évacuation facile, en relevant ou en abaissant la partie supérieure du thorax suivant la hauteur de l'espace incisé.

Dans la position indiquée plus haut, le point le plus déclive répond en général au septième, au huitième, ou au neuvième espace ; peu importe du reste, car la gouttière ici très concave dans le sens transversal, l'est très peu dans le sens longitudinal et l'incision dans un de ces trois espaces assure l'évacuation complète, grâce aux constantes variations de position du malade dans le sens vertical.

Le huitième espace semble être le plus convenable pour l'incision ; la pointe de l'omoplate, dans le mouvement d'abaissement de l'épaule, descend en effet chez certains sujets jusque sur le septième espace et même sur la huitième côte ; l'incision dans le neuvième espace exposerait peut-être plus à la blessure du foie.

La gouttière postérieure du thorax répond à l'angle des côtes. Au niveau du huitième espace, l'incision, pour atteindre le point le plus déclive de la gouttière, doit arriver jusqu'à 6 ou 7 centimètres de la ligne médiane.

Manuel opératoire. — Incision de 8 centimètres environ, sur le bord supérieur de la neuvième côte, et commençant ou se terminant, suivant le côté, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses — section du grand dorsal, très mince en ce point, et des faisceaux tendineux les plus externes des muscles de la gouttière vertébrale. — L'incision de l'espace intercostal et de la plèvre doit raser très exactement le bord



Fig. 15. — Pleurotomie postérieure. Situation de l'incision.

supérieur de la côte, comme dans la pleurotomie latérale. Ici le bord supérieur n'est pas rectiligne; on doit chercher avec grand soin l'angle de la côte et découvrir le bord supérieur coudé en ce point. L'incision rectiligne, suivant la direction de la portion oblique de la côte, diviserait en arrière la partie moyenne de l'espace intercostal et présenterait de grands dangers.

Si l'ouverture de l'espace ne paraît pas assez large et béante, il est facile d'échancrer le bord supérieur de la côte pour assurer un orifice suffisant au drainage. Il est encore préférable de réséquer la côte sur une étendue de 6 centimètres environ et de faire cette résection avant d'ouvrir la plèvre.

La pleurotomie postérieure ne présente pas plus de dangers que la pleurotomie latérale. Elle n'offre aucune difficulté sérieuse d'exécution. Elle assure l'écoulement complet et permanent du pus.

Depuis sept ans, cette incision postérieure a été pratiquée pour des pleurésies purulentes un certain nombre de fois; je l'ai faite quinze fois, pour ma part, et j'ai pu vérifier qu'elle donnait tous les résultats que permettait de prévoir l'expérimentation, à savoir l'évacuation permanente et complète de la plèvre et la facilité des pansements.

De la thoracotomie sous-axillaire pour aborder les pleurésies interlobaires et les cavités profondes du lobe supérieur du poumon.

(Société anatomique, 12 avril 1895.)

Les collections purulentes enkystées de la partie supérieure de l'espace interlobaire, certaines cavités profondes du lobe supérieur du poumon sont d'un accès difficile.

La thoracotomie axillaire fournit une voie assez large et relativement commode pour ouvrir non seulement les pleurésies interlobulaires mais encore les cavités pulmonaires profondes du lobe supérieur.

Mon collègue et ami M. Rochard a déterminé avec soin, il y a quelques années, les rapports exacts des scissures interlobaires avec la paroi thoracique. Au cours de recherches sur la thoracotomie, j'ai repris cette étude et vérifié les rapports donnés par M. Rochard. Cependant au niveau de l'aisselle, la scissure interlobaire me semble un peu plus élevée dans certaines conditions. Je l'ai toujours trouvée sous la quatrième côte

chez les sujets présentant des adhérences pleurales, offrant par conséquent des conditions analogues à celles que nous rencontrons le plus souvent dans les interventions chirurgicales.

Le premier temps de l'intervention doit être la résection large de la quatrième côte, sous l'aisselle. Alors même que la scissure se trouverait plus bas, ou que pour ouvrir plus largement un foyer, il faudrait réséquer la cinquième côte et même la sixième,

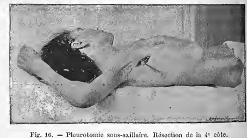


Fig. 16. — Pleurotomie sous-axillaire. Résection de la 4[e] côte. Ouverture d'un foyer interlobaire supérieur.

il est toujours meilleur d'attaquer d'abord la quatrième côte, car dans cette thoracotomie latérale, il est plus sûr de procéder de haut en bas que d'avoir à remonter au cours de l'opération vers le creux de l'aisselle.

La brèche ouverte par la thoracotomie latérale ainsi faite sous l'aisselle, permet d'inciser et de drainer facilement les foyers interlobaires supérieurs et postérieurs; elle permet en outre d'explorer le lobe supérieur du poumon et d'ouvrir dans les meilleures conditions les foyers qui siègent à la base ou à la partie postérieure de ce lobe. En cas de foyers multiples ou de grande cavité, elle peut être combinée avec l'incision antérieure

classique pour établir le drainage de tout le lobe supérieur.

J'ai pu vérifier cliniquement les avantages de cette thoraco-

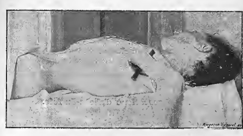


Fig. 17. — Pleurotomie sous-axillaire et pleurotomie antérieure combinées. Drainage d'une grande cavité du lobe supérieur du poumon.

tomie axillaire qui donne un accès relativement facile vers les foyers si péniblement accessibles par l'incision antérieure.

Ulcères perforants de l'estomac (trois observations).

(Société anatomique, 1890, p. 441, p. 466.)

L'intérêt de ces observations consiste en ce fait que deux fois des péritonites suraiguës, consécutives à la perforation d'un ulcère latent de l'estomac, avaient débuté par une violente douleur dans la fosse iliaque droite ou dans le bas-ventre, simulant une perforation de l'appendice.

De plus, les lésions de la péritonite purulente n'existaient dans un cas que dans la partie inférieure de l'abdomen et des adhérences récentes protégeaient déjà toute la région supé-

rieure et masquaient la perforation de l'estomac. Cette localisation des lésions semble devoir être attribuée à ce que le contenu de l'estomac, brusquement évacué au moment de la perforation, tombe dans la partie inférieure de l'abdomen et y provoque la péritonite purulente suraiguë, tandis qu'il ne laisse plus haut, comme trace de son passage, qu'une inflammation moins intense et qui amène rapidement la formation d'adhérences.

Sur six observations d'abcès du foie.

(*Société de chirurgie*, 16 janvier 1895.)

I. — Abcès du foie consécutif à une dysenterie. Ouverture dans les bronches. Broncho-pneumonie gangréneuse. Accidents septicémiques très graves. Développement rapide d'un autre abcès très volumineux sur la face supérieure du foie. Laparatomie d'urgence ; incision de l'abcès. Mort.

II. — Abcès du foie consécutif à la dysenterie. Ouverture dans les bronches et dans l'intestin. Septicémie. Résection de la dixième côte et ouverture large de l'abcès par la voie transpleurale. Guérison.

Examen du pus : streptocoques, staphilocoques et deux autres microbes impossibles à différencier ; pas de coli-bacille (M. Hulot).

III. — Abcès de la partie postérieure du lobe droit du foie, saillant à la face inférieure et formant une voussure lombaire qui simule une pyélo-néphrite chez une femme atteinte antérieurement de cystite et d'urétérite ascendante. Calculs dans la vésicule biliaire. Incision lombaire exploratrice. Rein sain. Laparatomie antérieure. Choléeystotomie, extraction de quarante-cinq calculs de la vésicule. Cathétérisme des voies biliaires

démontrant l'intégrité du canal cystique et du canal cholédoque. Suture de la vésicule. Ouverture de l'abcès du foie. Guérison.

Examen du pus. Streptocoques, coli-bacille; long filament qui n'a pu être cultivé et dont la nature est indéterminée (M. Macaigne).

IV. — Abcès postéro-supérieur du lobe droit du foie, d'origine indéterminée chez une négresse arrivant de Guayaquil. Résection de la neuvième côte. Ouverture large de l'abcès par la voie transpleurale. Guérison.

Examen du pus absolument négatif (M. Macaigne).

V. — Abcès antéro-supérieur du foie, consécutif à une infection par le streptocoque à la suite d'une plaie de l'auriculaire avec arthrite suppurée. Incision de l'abcès du foie. Amputation du doigt. Guérison.

Examen du pus :

1° Cultures sur gélose et gélatine.........	pus du doigt.	Streptocoque. Staphylocoque doré.
	pus du foie.	Colonies pures de streptocoques.
2° Examen sur lamelles colorées...........	pus du doigt.	Streptocoques à longues chaînettes. Diplocoques et cocci.
	pus du foie.	Streptocoques à chaînettes plus courtes, plus un bacille anaérobie non retrouvé dans les cultures.

(MM. Netter et Baillet.)

VI. — Abcès postéro-supérieur du foie consécutif à une dysenterie. Septicémie très avancée. Résection de la dixième côte. Ouverture large de l'abcès par la voie transpleurale. Amélioration passagère de l'état général. Cavité de l'abcès presque

comblée. Mort au bout de dix-huit jours par tuberculose pulmonaire et néphrite interstitielle.

Examen du pus absolument négatif (MM. Netter et Baillet).

Dans trois cas (Obs. I, II, VI) l'abcès était bien manifestement consécutif à la dysenterie. Dans un cas (Obs. I) l'examen bactériologique n'a pu être fait ; dans le second, cet examen a révélé la présence de streptocoques et de staphylocoques, mais le foyer était depuis quinze jours ouvert dans les bronches ; dans le troisième cas enfin (Obs. VI) l'examen est resté absolument négatif.

Dans deux observations (III, IV) l'étiologie n'a pu être établie. Une de ces malades arrivait il est vrai des pays chauds (IV) mais n'avait eu ni dysenterie ni fièvre intermittente. Chez l'autre malade (III) il y avait eu depuis longtemps des troubles gastriques, des coliques hépatiques. Le pus de l'abcès contenait beaucoup de streptocoques, du coli-bacille en moindre quantité et un long filament de nature indéterminée.

Enfin chez un dernier malade (V) l'abcès du foie était nettement la localisation d'une infection générale à streptocoques et l'origine en remontait à l'infection d'une plaie du petit doigt avec arthrite suppurée.

L'incertitude où nous sommes toujours sur la stérilité ou sur la virulence du pus des abcès du foie, impose donc l'obligation absolue d'éviter par tous les moyens, par les précautions les plus minutieuses, l'inoculation de la cavité péritonéale ou de la cavité pleurale, au cours des manœuvres que nécessite l'ouverture de l'abcès. Dans un cas (III) où la situation très profonde de l'abcès rendait les manœuvres particulièrement difficiles, j'ai eu d'autant plus à me féliciter d'avoir pris toutes ces précautions que le pus était très virulent, comme en ont témoigné les cultures et les inoculations, et contenait du streptocoque et du coli-bacille.

Antéflexion du rein. — Néphropexie.

(*Société de chirurgie*, 15 février 1893.)

Chez une jeune femme opérée trois ans auparavant de néphropexie pour rein mobile, les accidents douloureux reparurent brusquement à la suite d'une chute sur le siège; ils se reproduisirent à des intervalles de plus en plus rapprochés et s'accompagnèrent de troubles nerveux très accentués, notamment de tachycardie paroxystique avec dilatation des carotides et des sous-clavières et signes de maladie de Basedow à forme fruste.

Il n'était cependant possible de constater aucun déplacement, aucun abaissement du rein.

Sur les instances de la malade, qui décrivait d'une façon très nette la douleur spéciale qui survenait à l'occasion de tout mouvement de flexion du tronc, je fis une incision exploratrice lombaire et je constatai que l'extrémité inférieure du rein, autrefois suturé à la paroi, était seule restée fixée par un trousseau fibreux épais; que l'extrémité supérieure avait au contraire perdu toute adhérence avec la paroi et qu'elle basculait en avant, produisant une coudure très nette, à angle aigu, du rein à sa partie moyenne, une véritable antéflexion du rein. Une nouvelle néphropexie faite sur l'extrémité supérieure de l'organe amena la disparition des crises douloureuses et l'amélioration progressive des troubles nerveux.

Je signale cette observation à cause de l'extrême rareté de cette flexion du rein, dont je n'ai pù trouver d'autre exemple : on conçoit qu'elle ne puisse guère se produire que si l'extrémité inférieure du rein est solidement fixée, sans quoi l'organe se déplace en masse et la coudure porte sur l'uretère ou la partie inférieure du bassinet.

La coudure du rein provoquait d'ailleurs des accidents douloureux que la malade comparait à une sensation de torsion et

analogues à ceux qui, dans l'hydronéphrose intermittente, accompagnent la coudure de l'uretère.

Hernies de la vessie.

Du mécanisme de la production de la hernie dite par bascule, sans adhérences au contenu du sac.

(*Société anatomique*, 5 avril 1895.)

1° Observation de hernie de la vessie (publiée dans la thèse de M. Bourbon, 1892).

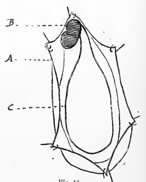


Fig. 18.
A, Sac herniaire. — B, Anse intestinale étranglée. — C, Vessie herniée.

Au cours d'une kélotomie, pour hernie inguinale droite étranglée, chez un homme de cinquante-neuf ans, j'ai trouvé dans le sac une hernie de la portion péritonéale de la vessie, hernie vo-

lumineuse, ancienne, comme le prouvait le rétrécissement en forme de pédicule de la portion correspondant au trajet inguinal, mais ne présentant aucune adhérence aux parois ni au contenu du sac (fig. 18). En ouvrant largement le canal inguinal pour pouvoir réduire cette vessie herniée, il était facile de voir que la portion extra-péritonéale de la vessie, sans être réellement herniée, venait bomber dans l'anneau inguinal.

2° Dans un second cas, observé chez un homme de cinquante-

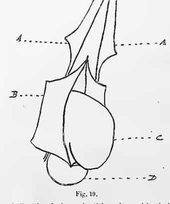


Fig. 19.

A,A, Lèvres de l'incision de la paroi antérieure du canal inguinal. — B, Sac herniaire. — C, Portion péritonéale de la vessie herniée. — D, Portion extra-péritonéale.

cinq ans, au cours d'une cure radicale pour hernie inguinale gauche non étranglée, mais douloureuse sous le bandage, la portion extra-péritonéale était herniée sous forme d'un bourrelet de 2 centimètres de hauteur environ ; au-dessus, faisait saillie dans

le sac une hernie de la portion péritonéale de la vessie, retombant sur la précédente et comme séparée d'elle par une coudure, par un sillon correspondant à la ligne d'insertion du péritoine (fig. 19). Ici encore la cure radicale put être faite sans ouvrir la vessie.

Il semble que dans ce dernier cas, la portion extra-péritonéale de la vessie, entraînée par le glissement du péritoine dans une vieille hernie, ait été suivie d'une sorte de bascule de la partie supérieure, péritonéale, située elle aussi tout contre l'orifice inguinal profond. Il y a donc ici à la fois hernie par glissement de la portion extra-péritonéale, hernie par bascule de la portion péritonéale. En augmentant progressivement sous l'influence du relâchement de la paroi vésicale, cette hernie de la portion péritonéale pourrait atteindre le fond des bourses et entraînant presque toute la vessie, réduire pour ainsi dire la petite hernie de la portion extra-péritonéale. Dans cette hypothèse la variété observée dans le second cas ne serait que le premier degré de cette hernie presque totale de la portion péritonéale, correspondant à la hernie dite par bascule et difficile à expliquer sans l'existence d'adhérences à l'intestin ou à l'épiploon.

Des lipomes périostiques du fémur d'origine congénitale.

(*Mercredi médical*, 9 janvier 1895.)

Les lipomes périostiques congénitaux du fémur paraissent avoir un siège constant, un point d'attache fixe, et par suite des caractères cliniques assez nettement définis.

Dans le cas que j'ai observé chez un garçon de treize ans, le lipome, qui occupait toute la hauteur de la cuisse et pesait

1400 grammes, s'attachait sur le fémur, immédiatement au-dessous du petit trochanter, par un fort pédicule fibreux qui dut être désinséré à la rugine.

Je n'ai trouvé que trois observations analogues ; dans ces trois cas, la tumeur était assez volumineuse, bilobée comme chez mon malade, ou multilobée, constituée par du lipome pur, ou par du fibro-lipome, et toujours elle s'attachait par un pédicule fibreux épais au-dessous du petit trochanter, dans la zone qui correspond à la ligne épiphysaire du petit trochanter.

Le diagnostic peut être fait en tenant compte des caractères suivants : situation profonde du lipome qui est toujours sous-aponévrotique et même sous-musculaire, immobilité de son extrémité supérieure plus profonde que le reste de la tumeur, mobilité de la partie inférieure de la tumeur ; enfin, dernier caractère très important, âge du sujet.

IV. — Interventions chirurgicales diverses.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur.

(*Société anatomique*, 1889, p. 601.)

Séquestre formé par toute la branche montante gauche du maxillaire inférieur, y compris le condyle et l'apophyse coronoïde. Incision en ⌐ sur l'angle de la mâchoire et dégagement de l'extrémité inférieure du séquestre. Sur l'arcade zygomatique, incision horizontale qui permet de refouler de haut en bas le séquestre fortement attiré en bas par un davier et qui n'a pu être extrait que grâce à une fracture oblique de son extrémité supérieure.

Plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen.

(*Société de chirurgie*, 16 mars 1892.)

Plaie verticale du côté gauche du thorax ; section du septième et du huitième espaces et de la huitième côte. Issue immédiate de l'épiploon. Pas de pneumothorax. Ligature et résection de l'épiploon. Exploration de l'estomac par la plaie. Suture du diaphragme à la paroi thoracique. Suture totale de la plaie en deux plans. Guérison.

Kyste séreux multiloculaire du cou d'origine congénitale.

(Pièce présentée par M. Hélary, *Société anatomique*, 1890, p. 459.)

L'enfant qui fait le sujet de cette observation avait été présentée, le 27 mai 1890, à l'Académie de médecine par M. le professeur Tarnier.

Elle était née avec une tumeur très volumineuse de la partie latérale droite du cou, tumeur kystique, transparente, très tendue, qui diminua au bout de quelque temps et était molle et dépressible lorsque l'enfant quitta la Maternité dans le courant de juin.

Le 30 octobre, l'enfant fut apporté à l'hôpital St-Antoine pendant la visite, pour des accidents graves de suffocation, avec vomissements verdâtres, dysphagie intense, convulsions, etc., accidents dus à l'infection du kyste consécutive à une ponction pratiquée en ville un mois auparavant.

Je fis sur-le-champ l'extirpation de la tumeur qui, très tendue, présentait le volume d'une tête de fœtus à terme, s'étendait depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule; elle adhérait intimement par sa face superficielle au sterno-mastoïdien, par sa face profonde à la jugulaire interne; en un point existait un véritable pédicule attachant le kyste à la gaîne des vaisseaux, pédicule sectionné après ligature.

Les accidents cessèrent après l'opération et l'enfant guérit bien.

Je rapporte avec quelques détails cette observation parce que 1° elle montre bien nettement les accidents très graves qui peuvent compliquer brusquement l'évolution de ces tumeurs à la suite d'une infection; en pareil cas, l'extirpation complète du kyste, lorsqu'elle est possible, me paraît être la méthode de choix; elle permet d'enlever d'un seul coup toutes les poches

infectées et par cela même me semble bien supérieure à l'incision suivie de drainage. Je ne connais pas d'autre exemple d'extirpation d'urgence pour accidents de suppuration de gros kystes congénitaux du cou. Ici la tumeur était très volumineuse puisqu'elle occupait toute la moitié droite du cou, de l'apophyse mastoïde à la clavicule; l'enfant qui n'avait rien pu avaler depuis deux jours, qui présentait une dyspnée intense, était évidemment en danger de mort imminent et si l'incision simple avait pu parer à ces accidents de compression, elle eût certainement moins rapidement enrayé la septicémie, car à la périphérie de la tumeur principale, autour du pédicule, étaient accolés deux petits kystes isolés remplis de pus.

2° l'examen anatomique de la tumeur présente un réel intérêt au point de vue de la structure et de la pathogénie.

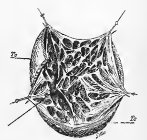


Fig. 20. — *Kyste du cou* (1/3 de grandeur naturelle). — Poche déjà rétractée de moitié après évacuation de son contenu.

Te, Face cutanée.

La tumeur en effet n'était pas un agglomérat de petits kystes mais bien une poche unique cloisonnée en tous sens d'une multitude de brides, de tractus limitant des cavités qui toutes com-

muniquaient très largement entre elles. Cette disposition explique les variations brusques de volume portant sur toute la masse de la tumeur.

Enfin l'examen histologique, fait par mon ami M. Pilliet, montra qu'il s'agissait d'une tumeur vasculaire, d'un véritable *angiome embryonnaire*, angiome capillaire et surtout veineux, devenu kystique.

Spina bifida sacré.

(*Société de chirurgie*, 14 octobre 1891.)

Spina bifida. — Guérison constatée 18 mois après l'opération.

(*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 193.)

Garçon. Volumineux spina bifida sacré, à paroi mince, transparente, menaçant de se rompre. Opération le 29 septembre 1891, quatre heures après la naissance. Résection totale du sac, ligature du pédicule au ras de l'orifice de communication avec le canal rachidien. Réunion par première intention. Guérison rapide et complète.

L'enfant revu tout récemment s'est bien développé ; il ne présente aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité ; fontanelles normales ; cicatrice solide sans trace de récidive au niveau du pédicule.

Kyste hydatique du foie opéré par l'incision transpleurale. — Guérison.

(*Société de chirurgie*, 14 octobre 1891.)

Volumineux kyste hydatique de la face convexe du foie proéminant à la région antérieure et remontant jusqu'au-dessus du mamelon. Incision transpleurale. Suture du diaphragme à la paroi. Incision du kyste, évacuation et suture de la poche à la paroi. Drainage. Guérison complète, sans fistule, en trois mois.

La malade eut, quelques jours après l'opération, un peu d'épanchement pleural. La ponction retira du liquide séro-sanguinolent, absolument aseptique, comme l'ont montré les examens bactériologiques pratiqués par M. Netter.

Lymphadénome du testicule.

(*Société anatomique*, 1889, p. 502.)

Je signale cette observation pour ce seul fait que le malade, que j'ai opéré il y a six ans, est toujours bien portant et ne présente aucune trace de récidive ou de généralisation.

Épiplocèle sphacélée.

(*Société clinique*, 1882, p. 155.)

Épiplocèle crurale ancienne, chez une vieille femme. Poussée inflammatoire. Phénomènes d'étranglement. Sphacèle de l'épiploon. Incision, élimination de l'épiploon mortifié. Guérison.

Kyste du vagin.

(*Société anatomique*, 1890, p. 139.)

Très volumineux kyste de la paroi antérieure du vagin faisant saillie hors de la vulve et se prolongeant dans le ligament large droit. Extirpation totale ; après incision de la portion vaginale, la paroi est disséquée comme un sac herniaire sur le doigt in-

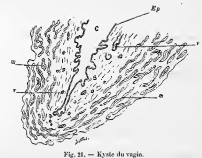


Fig. 21. — Kyste du vagin.

C, Cavité kystique. — *Ep*, Épithélium cylindrique du kyste. — *mm*, Faisceaux de fibres lisses. — *vv*, Vaisseaux sanguins.

troduit dans la cavité. La portion supérieure de la tumeur est constituée par une seconde cavité kystique, cylindrique qui peut être isolée sans être ouverte et extirpée dans la base du ligament large droit.

L'examen histologique pratiqué par M. Sottas montre que la cavité kystique est tapissée par un épithélium cylindrique et la paroi constituée par une couche conjonctive épaisse entourée de plusieurs plans concentriques de fibres musculaires lisses. Ces caractères anatomiques confirment le diagnostic de kyste des

conduits de Gaertner qui avait été posé en raison de la situation de la tumeur et de son prolongement dans le ligament large.

Observations de corps fibreux avec inversion de l'utérus. — Enucléation et morcellement de la tumeur. — Réduction spontanée de l'inversion.

(Observations rapportées dans la thèse de M. Delteil, Paris, 1890.)

La méthode de choix pour les gros fibromes emplissant le vagin est l'énucléation avec morcellement, car il est souvent impossible de savoir s'il n'y a pas inversion utérine.

Dans deux cas où j'ai pratiqué l'énucléation de très volumineux fibromes avec inversion, l'inversion s'est réduite au bout d'une quinzaine de jours par le simple tamponnement du vagin méthodiquement appliqué.

Résultats éloignés du traitement du prolapsus utérin par l'élytrorrhaphie antérieure et la colpopérinéorrhaphie.

(Observations thèse de M. Guillou, 1894.)

Observations de malades restées guéries après de très larges opérations plastiques sur le vagin et la vulve.

Suture de la rotule. — Suture ultérieure du tendon rotulien.

(*Société de chirurgie*, 13 mai 1891.)

Fracture itérative de la rotule; suture de la rotule. Un an plus tard, sous l'influence d'un violent traumatisme, arrachement du tendon rotulien, suture de ce tendon à la rotule. Rétablissement complet des fonctions du membre.

Dans la seconde opération, j'ai pu vérifier directement l'existence d'un cal manifestement osseux entre les fragments suturés.

Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur. — Arthrotomie. — Suture des condyles. — Guérison.

(*Société de chirurgie*, 10 avril 1895.)

Une récente discussion de la Société de chirurgie, ayant mis à l'ordre du jour la question de la suture osseuse primitive dans les fractures irréductibles ou difficiles à maintenir réduites, j'ai rapporté cette observation de fracture bicondylienne de l'extrémité inférieure du fémur. Le condyle interne, complètement séparé du fémur, était luxé en arrière avec le tibia à la partie supérieure du creux poplité; le condyle externe, quoique séparé également du fémur, n'était pas luxé en arrière, le ligament latéral externe étant rompu.

L'arthrotomie pratiquée pour désinfecter le foyer traumatique qui se trouvait exposé, par suite de l'existence d'une petite plaie sur la face antérieure du genou, me permit d'assurer par la suture la consolidation en bonne position des fragments qui n'auraient certainement pu être maintenus exactement au contact par aucun appareil, avec une semblable disjonction.
